

CONTROL DE HORAS DE SERVICIO SOCIAL ESTUDIANTIL

PS - F4

Nombre del/la estudiante: _____ N° de carnet de estudiante: _____

Facultad: _____ Carrera: _____

Nombre del proyecto: _____

Población beneficiada: _____ Mes: _____ Año: _____

FECHA	ACTIVIDAD REALIZADA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA	FIRMA DEL ESTUDIANTE	OBSERVACIONES

Nombre del funcionario responsable: _____ Firma _____ sello

Observaciones finales: _____

